

KESIAPAN UNIT REKAM MEDIS KLINIK DALAM MENGHADAPI AKREDITASI

The Readiness of Medical Record Unit Clinic for Accreditation

Karina Amalia Sholihah

Fakultas kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Indonesia
E-mail: karinanalisha64@gmail.com

ABSTRACT

Background: First Level Clinic is a health facility that provides first-layer clinical services to the community. Efforts that can be made to improve the quality and safety of clinical services at the Pratama clinic are through accreditation. The medical record unit is part of the Pratama clinic support service unit included in the Pratama clinical accreditation assessment section. The readiness of medical record units needs to be assessed to see what documents and implementations do not yet exist and are done. Identification of readiness of Clinic X medical record unit accreditation was carried out two years earlier in 2015.

Aim: The purpose of this study was to determine the continuity of readiness of medical record unit accreditation in 2018.

Method: This study was an observational descriptive study using a cross-sectional design. Data collection was carried out through observation and interviews with medical record officers. Analysis was done by comparing the prediction of Clinic X medical record unit accreditation readiness scores between 2015 and 2018.

Results: The result showed that the prediction score increased from 41.7% in 2015 to 65.8% in 2018. The comparison of readiness for accreditation can be used as an evaluation to complement the needs of documents that do not yet exist and procedures that have not been implemented.

Conclusion: The clinic has not been accredited because most of the elements being evaluated were the incomplete supporting documents. The clinic can make a framework, determine the method, and analyze the instruments based on the suitable method.

Keywords: accreditation, medical record, primary clinic

ABSTRAK

Latar Belakang: Klinik pratama merupakan fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan klinis tingkat pertama kepada masyarakat. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pada pelayanan klinis di klinik pratama yaitu melalui akreditasi. Unit rekam medis merupakan bagian dari unit penunjang pelayanan di klinik pratama yang termasuk dalam bagian penilaian akreditasi klinik pratama. Kesiapan unit rekam medis perlu dinilai untuk melihat dokumen dan pelaksanaan apa saja yang belum ada. Identifikasi kesiapan akreditasi unit rekam medis Klinik X pernah dilakukan dua tahun sebelumnya yaitu tahun 2015.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kelanjutan kesiapan akreditasi unit rekam medis pada tahun 2018.

Metode: Metode penelitian menggunakan pendekatan deskriptif observasional melalui desain *cross sectional*. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara observasi dan wawancara kepada petugas rekam medis, kemudian dianalisis dengan membandingkan prediksi skor kesiapan akreditasi unit rekam medis Klinik X pada tahun 2015 dengan 2018.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan kesiapan akreditasi unit rekam medis Klinik X pada tahun 2018 mengalami peningkatan, dari prediksi skor tahun 2015 sebesar 41,7% menjadi sebesar 65,8% pada tahun 2018. Adanya perbandingan kesiapan akreditasi dapat dijadikan evaluasi untuk melengkapi kebutuhan dokumen yang belum ada dan prosedur yang belum dilaksanakan.

Kesimpulan: Pencapaian penilaian akreditasi belum maksimal dikarenakan hampir seluruh dari elemen penilaian yang belum dimiliki adalah ketersediaan dokumen pendukung. Klinik dapat membuat kerangka acuan terlebih dahulu, menentukan metode, dan menganalisis instrumen sesuai metode yang digunakan.

Kata Kunci: akreditasi, klinik pratama, rekam medis

Received: 30 June 2018

Accepted: 18 November 2018

Published: 1 December 2018

PENDAHULUAN

Klinik merupakan pintu utama dalam memberikan pelayanan klinis kepada masyarakat. Penyediaan pelayanan kesehatan yang aman dan

bermutu memerlukan pengembangan sistem pelayanan klinis yang dapat meminimalkan kesalahan dalam pengukuran, *monitoring*, pengendalian, pemeliharaan, dan

pendokumentasian terhadap proses pelayanan klinis maupun manajemen pelayanan yang kurang optimal, serta perbaikan sistem pelayanan secara berkesinambungan yang tidak berjalan. Hal tersebut dapat diatasi dengan membakukan sistem manajemen mutu dan sistem pelayanan klinis yang ditindaklanjuti dengan perbaikan mutu secara berkesinambungan, serta diterapkannya kaidah keselamatan pasien.

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan merupakan hal yang penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan bidang kesehatan. Peningkatan kualitas kesehatan ini bukan hal yang mudah karena tidak hanya berlaku untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit, tetapi juga berlaku untuk semua tingkatan pelayanan kesehatandasar yaitu puskesmas. BUK (Bina Upaya Kesehatan) Kemenkes menyatakan indikator mutu pelayanan kesehatan adalah akreditasi. Tujuan akreditasi agar pelayanan kesehatan memiliki mutu dan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar. Mutu pelayanan kesehatan harus dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien. Upaya penjaminan mutu suatu klinik dapat dilakukan dengan mengikutsertakan klinik dalam akreditasi klinik pratama. Akreditasi bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan sesuai dengan standar pelayanan. Klinik X pada tahun 2015 telah melakukan uji coba penilaian akreditasi pada semua unit. Unit rekam medis merupakan salah satu unit yang berperan penting mulai dari pendaftaran hingga pencatatan riwayat penyakit pasien. Penilaian akreditasi klinik pratama dilakukan sebagai upaya penjaminan mutu yang berkesinambungan. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui *progress* kesiapan unit rekam medis dalam menghadapi akreditasi sehingga menjadi acuan bagi unit rekam medis Klinik X sebelum pelaksanaan akreditasi.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan kuantitatif, dengan rancangan penelitian berupa desain *cross sectional*. Pengambilan data dilakukan di Klinik X pada bulan Januari-Februari 2018.

Instrumen yang digunakan mengacu pada Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 melalui teknik observasi dan wawancara. Observasi dilaksanakan dengan panduan *assessment* dan telusur dokumen, sesuai dengan elemen penilaian dari standar akreditasi. Dokumen secara garis besar dibagi atas dua bagian yaitu dokumen internal dan eksternal. Dokumen internal tersebut berupa kebijakan, pedoman, dan *Standard Operational Procedure* (SOP), sedangkan dokumen eksternal yaitu peraturan perundangan dan beberapa pedoman (regulasi) eksternal yang berlaku. Pengambilan data melalui wawancara dilaksanakan untuk klarifikasi hasil telusur dokumen yang tidak diketahui. Wawancara dilakukan pada petugas pelaksana

bagian rekam medis Klinik X dengan sampel 6 orang meliputi tenaga administrator dan medis.

Unit rekam medis memiliki 16 elemen penilaian sesuai dengan PMK Nomor 46 Tahun 2015 tentang akreditasi. Pengecekan elemen penilaian dilakukan oleh peneliti untuk persiapan akreditasi unit rekam medis. Penilaian dikategorikan menjadi 3 yaitu elemen terpenuhi, terpenuhi sebagian dan tidak terpenuhi. Pembagian kategori dilakukan agar memudahkan dalam menilai pencapaian. Klasifikasi kategori dan pengkonversian kategori berdasarkan PMK no 46 tahun 2015. Kategori tersebut dikonversi dalam nilai yaitu 0 (belum terpenuhi), 5 (terpenuhi sebagian), dan 10 (terpenuhi). Elemen penilaian dari standar akreditasi dapat berupa dokumen. Kategori pertama yaitu dokumen tidak ada dan belum terpenuhi pelaksanaannya, maka pada kolom prediksi skor diisi 0 (belum terpenuhi). Kategori kedua yaitu dokumen ada dan belum terpenuhi pelaksanaannya atau sebaliknya, maka pada kolom prediksi skor diisi 5 (terpenuhi sebagian). Kategori ketiga yaitu dokumen ada dan sudah terpenuhi pelaksanaannya, maka pada kolom prediksi skor diisi 10 (terpenuhi). Hasil penilaian dijumlahkan menjadi total skor keseluruhan elemen, lalu diidentifikasi melalui persentase pencapaian yang dibagi ke dalam kategori <20% (belum terpenuhi), 20%-79% (terpenuhi sebagian), dan >80% (terpenuhi).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Akreditasi adalah alat yang dibangun guna promosi standar optimal dan meningkatkan proses dan hasil dalam pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien pada saat evaluasi sistem akreditasi tetap merupakan hasil vital untuk dinilai. Standar dapat dipromosikan dan direkomendasikan oleh sistem akreditasi nasional, sehingga memberi insentif bagi pasien di pelayanan kesehatan untuk mengumpulkan dan melaporkan kepuasan pasien. Data nasional tentang kepuasan pasien menyebutkan kebijakan pada tingkat sistem atau organisasi, peningkatan kualitas dan tingkat keterampilan SDM bertujuan untuk membantu kemajuan fasilitas pelayanan kesehatan (Haj-Ali, Karroum, Natafqi, & Kassak, 2014).

Akreditasi berdasarkan Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktek Mandiri Dokter, dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi merupakan pengakuan yang diberikan oleh lembaga penyelenggaraan Akreditasi yang ditetapkan oleh menteri setelah memenuhi standar akreditasi. Tujuan utama akreditasi untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkelanjutan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan klinis, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi. Kombinasi akreditasi dan sertifikasi adalah prediktor manajemen kualitas yang lebih kuat pada tingkat layanan daripada penilaian dalam isolasi, sehingga menunjukkan bahwa akreditasi dan sertifikasi keduanya bermanfaat. (Shaw et al., 2014).

Proses akreditasi melibatkan penilaian pada serangkaian standar tertentu, survei di tempat oleh rekan-rekan dari organisasi eksternal yang terlatih dalam penilaian, penilaian tingkat kesesuaian terhadap standar, laporan tertulis dengan atau tanpa rekomendasi dan pemberian atau penolakan status. Pelayanan kesehatan terakreditasi utama ada di Kanada, Amerika Serikat, Australia, Selandia Baru, Inggris, dan Belanda, dengan Denmark meluncurkan program yang dimiliki oleh mereka dalam satu atau dua tahun ke depan. Sejak ulasan ini selesai, sebuah studi yang menyortir akreditasi yang berbeda skema untuk praktik perawatan primer di Eropa telah diterbitkan. Sampai saat ini, akreditasi pelayanan primer sebagian besar non-pemerintah yang didanai, proses sukarela dengan beberapa negara yang menawarkan insentif keuangan. Amerika Serikat, Australia dan Kanada paling berpengaruh di pengembangan akreditasi pelayanan primer di seluruh dunia, dengan banyak standar yang disoroti pelayanan yang berpusat pada pasien (O'Beirne et al., 2013).

Organisasi pelayanan kesehatan harus memiliki rekam medis yang bertanggung jawab administratif untuk pencatatan riwayat kesehatan pasien. Rekam medis harus ada untuk setiap individu yang dievaluasi atau diobati di organisasi perawatan kesehatan. Rekam medis mencakup setidaknya dokumen tertulis, informasi elektronik terkomputerisasi, film radiologi dan pemindaian, laporan laboratorium dan slide patologi, video, rekaman audio, dan bentuk informasi lain terkait kondisi pasien (Belakang, 2011). Catatan medis harus sesuai dengan ruang lingkup dan kompleksitas layanan kesehatan yang dilakukan. Organisasi layanan kesehatan harus mempekerjakan personel yang memadai untuk memastikan penyelesaian yang cepat, pengarsipan, dan pengambilan catatan.

Pelayanan rekam medis harus diatur, dilengkapi, dan dikelola sesuai dengan ruang lingkup dan kompleksitas layanan organisasi kesehatan, harus ada SOP rekam medis bagi petugas rekam medis untuk memastikan kelengkapan pengisian rekam medis. Kelengkapan pengisian harus diperhatikan dengan seksama mulai dari identitas pasien, anamnesis, diagnosis, tindakan dan obat yang diberikan. Sistem pengarsipan rekam medis juga perlu untuk diperhatikan penyimpanan dikelompokkan sesuai jenis pasien dan di tempat penyimpanan yang aman sehingga berkas rekam medis tidak rusak maupun hilang. Sistem pengambilan rekam medis perlu adanya SOP agar tidak sembarang orang bisa mengambil berkas rekam medis pasien, setelah pengambilan rekam medis segera untuk dikembalikan dalam waktu 1 kali 24 jam agar berkas tersebut tidak hilang (Dasilveira, 2002).

Penyimpanan dan pemusnahan rekam medis menurut *AACI Standards* yaitu organisasi layanan kesehatan harus menyimpan rekam medis untuk setiap pasien rawat inap dan rawat jalan. Rekam medis harus ditulis secara akurat, jelas, dan lengkap, segera diselesaikan, diisi dan disimpan dengan benar, dan dapat diakses. Setiap rekam medis harus lengkap dengan semua dokumentasi, diagnosis, evaluasi, perawatan, hasil tes, rencana

perawatan, rencana pemulangan, persetujuan, intervensi, ringkasan pelepasan, dan perawatan yang diberikan bersama dengan tanggapan pasien terhadap perawatan, intervensi, dan perawatan tersebut (Dasilveira, 2002).

Organisasi pelayanan kesehatan harus memiliki sistem rekam medis yang memungkinkan rekam medis dari setiap pasien, rawat inap atau rawat jalan, dievaluasi dan/atau dirawat di setiap lokasi perawatan kesehatan organisasi dalam 5 tahun terakhir agar dapat diakses oleh staf yang tepat, 24 jam sehari, 7 hari seminggu, kapanpun rekam medis itu diperlukan (KKI, 2006). Rekam medis harus disimpan dengan benar di lokasi aman di mana mereka dilindungi dari api, kerusakan air dan ancaman lainnya. Sistem pencatatan medis harus memastikan bahwa entri catatan medis tidak hilang, dicuri, dihancurkan, diubah, atau diproduksi ulang dengan cara yang tidak sah (KKI, 2006).

Organisasi layanan kesehatan harus memiliki sistem identifikasi pasien dan pemeliharaan catatan yang memastikan integritas otentikasi dan melindungi keamanan semua entri catatan. Sistem rekam medis harus benar mengidentifikasi pasien dari setiap entri catatan medis dan harus melindungi keamanan semua entri catatan medis. Kerahasiaan rekam medis pasien menurut *AACI Standards* sebagai berikut organisasi pelayanan kesehatan harus memiliki prosedur untuk memastikan kerahasiaan catatan pasien. Informasi dari atau salinan rekaman, dapat dirilis hanya untuk individu yang berwenang, dan organisasi perawatan kesehatan harus memastikan bahwa individu yang tidak sah tidak dapat mengakses atau mengubah catatan pasien (Dasilveira, 2002). Catatan pasien harus aman setiap saat dan di semua lokasi. Ini termasuk catatan pasien terbuka untuk pasien yang saat ini pasien rawat inap di organisasi layanan kesehatan dan pasien rawat jalan di rawat jalan klinik.

Isi rekam medis pasien menurut *AACI Standards* harus meliputi rekam medis harus mengandung informasi untuk membenarkan penerimaan, mendukung diagnosis, dan menggambarkan *progress* kesehatan pasien terhadap obat dan layanan. Semua tulisan harus dapat dibaca, lengkap tanggal dan waktunya. Mereka harus disahkan oleh orang tersebut bertanggung jawab untuk memberikan perawatan yang konsisten dengan kebijakan organisasi perawatan kesehatan. Rekam medis harus mengandung informasi seperti catatan, dokumentasi, catatan, laporan rekaman, hasil tes dan penilaian untuk mendukung diagnosis dan menggambarkan pasien kemajuan dan respons terhadap obat-obatan dan layanan. Rekam medis harus berisi informasi atau dokumentasi lengkap mengenai evaluasi, intervensi, perawatan yang disediakan, layanan, rencana perawatan, rencana pulang, dan tanggapan pasien kegiatan-kegiatan itu. Komorbiditas yang diidentifikasi dalam catatan pasien harus dipertimbangkan dan diobati seperti yang diperlukan dalam bidang perawatan pasien secara keseluruhan. Apabila rekam medis elektronik digunakan, organisasi pelayanan kesehatan harus menunjukkan caranya mencegah perubahan entri catatan setelah mereka diautentikasi. Informasi

dibutuhkan untuk meninjau rekam medis elektronik, termasuk kode dan fitur keamanan yang bersangkutan, harus tersedia untuk surveyor untuk memungkinkan mereka meninjau catatan medis sampel sementara di tempat di organisasi perawatan kesehatan (Dasilveira, 2002).

Seorang praktisi harus meninjau dan mengesahkan semua catatan elektronik atau sebaliknya untuk mencegahnya keliru menerima dokumen yang mungkin otomatis dikonfirmasi tanpa ulasan dokter. Praktisi harus secara terpisah tanggal dan waktu tanda tangannya mengotentikasi sebuah entri, bahkan meskipun mungkin sudah ada tanggal dan waktu pada dokumen, karena yang terakhir mungkin tidak mencerminkan ketika entri itu dikonfirmasi. Untuk dokumen yang dihasilkan secara elektronik tertentu, di mana tanggal dan waktu yang diperiksa dokter, transkripsi elektronik secara otomatis dicetak dokumen, persyaratan bagian ini akan dipenuhi. Namun, jika secara elektronik dokumen yang dibuat hanya mencetak tanggal dan waktu terjadinya peristiwa (misalnya, hasil cetak EKG, hasil lab, dll) dan tidak mencetak tanggal dan waktu yang sebenarnya ditinjau oleh praktisi dokumen, maka praktisi harus mengotentikasi, tanggal, dan waktu dokumen ini sendiri atau memasukkan pengakuan bahwa dokumen itu ditinjau ke dalam dokumen lain (seperti itu seperti H & P, catatan kemajuan, dan lainnya), yang kemudian akan diautentikasi, diberi tanggal, dan diberi tenggat waktu oleh praktisi (KKI, 2006).

Semua catatan pasien, baik rawat inap maupun rawat jalan, harus berisi hasil semua konsultatif evaluasi pasien dan temuan yang tepat oleh staf klinis dan lainnya yang terlibat dalam perawatan dari pasien. Informasi ini harus segera

diajukan dalam rekam medis pasien untuk tersedia bagi dokter atau penyedia perawatan lain untuk digunakan dalam membuat penilaian pasien

Upaya persiapan yang dapat dilakukan menuju akreditasi adalah melalui Lokakarya. Upaya tersebut merupakan tahapan paling awal yang dilakukan oleh tim pendamping akreditasi. Tahapan lokakarya yang dilakukan adalah pemahaman tentang kebijakan akreditasi dan membangun komitmen pimpinan dan seluruh staf membantu akreditasi. Standar akreditasi klinik pratama disusun dalam 4 Bab, yaitu Bab I Kepemimpinan dan Manajemen Klinik (KMK), Bab II Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP), Bab III Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK), dan Bab IV Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (Kemenkes RI, 2014). Masing-masing bab memiliki beberapa standar yang terdiri dari kriteria dan elemen penilaiannya masing-masing.

Penilaian akreditasi rekam medis dalam standar akreditasi klinik pratama terdapat pada Bab II dan Bab III. Bab II mengenai Layanan Klinis yang Berorientasi pasien (LKBP) terdiri atas 10 standar yang terbagi ke dalam 34 kriteria. Jumlah seluruh elemen penilaian dari kriteria tersebut adalah 151 elemen. Standar akreditasi dalam bab ini mengenai standar akan pelayanan dari pendaftaran hingga pemulangan dan tindak lanjut. Bab III standar akreditasi mengenai Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK) yaitu sebanyak tujuh dengan jumlah kriteria sebanyak 35 kriteria. Keseluruhan elemen penilaian berjumlah 172 elemen. Standar dalam akreditasi ini membahas mengenai pelayanan penunjang yang ada di klinik hingga tatakelolanya, baik peralatan maupun sumberdaya lain yang dimiliki (Anggraeny & Ernawaty, 2016).

Tabel 1. Perbandingan Hasil Pencapaian Kesiapan Akreditasi Unit Rekam Medis Klinik X Tahun 2015 dan Tahun 2018 menurut Permenkes No. 46 Tahun 2015

No	Kriteria Penilaian	Persentase Pencapaian	
		2015	2018
1	Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung-jawab terhadap pelayanan pasien	33,3%	66,7%
2	Ada pembakuan kode klasifikasi diagnosis, kode prosedur, simbol, dan istilah yang dipakai	75%	62,5%
3	Petugas memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggungjawab pekerjaan	100%	100%
4	Adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis	0%	50%
5	Rekam berisi informasi yang memadai dan dijaga kerahasiaannya tentang identifikasi pasien, dokumentasi prosedur kajian, masalah, kemajuan pasien dan hasil asuhan	0%	50%
Total Pencapaian		41,7%	65,8%

Sumber : *Self assessment* diolah peneliti, 2018

Klinik X akan menghadapi akreditasi pada tahun 2018. Persiapan yang dilakukan mulai dari kelengkapan dokumen, sarana prasarana, hingga mutu pelayanan dan keselamatan pasien di klinik. Unit rekam medis berada di bawah manajemen SIM dan administrasi juga ikut mempersiapkan

akreditasi. Elemen penilaian akreditasi unit rekam medis terdapat pada Bab II yaitu Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP) dan Bab III yaitu Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK).

Identifikasi ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana kesiapan Klinik X terutama pada Unit

Rekam Medis dalam menghadapi Akreditasi Klinik Pratama. Identifikasi dilakukan dengan metode observasi dan wawancara dengan beberapa petugas rekam medis. Tabel identifikasi ini disusun berdasarkan pedoman penilaian akreditasi klinik pratama lengkap dengan kriteria dokumen yang dibutuhkan. Unit rekam medis memiliki 16 elemen penilaian sesuai dengan PMK No 46 tahun 2015 tentang akreditasi. Penilaian dikategorikan berdasarkan standar akreditasi yaitu <20% tidak terpenuhi, 21-79% terpenuhi sebagian dan >80% terpenuhi.

Kriteria elemen penilaian unit rekam medis berdasar PMK No 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi terdapat lima kriteria dan 16 elemen penilaian. Kriteria pertama yang terdapat pada bab 2 mengenai rekam medis yaitu hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung-jawab terhadap pelayanan pasien. Maksud dari kriteria ini adalah untuk menjamin kesinambungan pelayanan, maka hasil kajian dicatat dalam rekam medis pasien. Informasi yang ada dalam rekam medis harus mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien, agar informasi tersebut dapat digunakan pada saat dibutuhkan demi menjamin kesinambungan untuk pengobatan dan keselamatan pasien.

Temuan pada pemeriksaan awal dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis dan menetapkan pelayanan atau tindakan sesuai kebutuhan serta rencana tindak lanjut dan evaluasinya. Temuan dan kajian awal juga dapat digunakan untuk membuat keputusan perlunya *review* atau kajian ulang pada situasi yang meragukan. Oleh karena itu sangat perlu bahwa kajian medis, kajian penunjang medis, kajian keperawatan dan kajian lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik. Hasil kajian ini harus dapat dengan cepat mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh petugas yang melayani pasien.

Hasil identifikasi kesiapan akreditasi unit rekam medis Klinik X menunjukkan bahwa pada elemen penilaian hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung-jawab terhadap pelayanan pasien. Terdapat tiga indikator yang masing-masing memiliki persyaratan khusus dokumen yang harus dilengkapi saat akreditasi klinik pratama.

Indikator pertama yaitu dilakukan identifikasi informasi apa saja yang dibutuhkan dalam pengkajian dan harus dicatat dalam rekam medis. Dalam indikator ini dibutuhkan dokumen berupa SOP kajian awal yang memuat informasi apa saja yang harus diperoleh selama proses pengkajian (tim pelayanan klinis perlu menetapkan informasi apa saja yang perlu dicantumkan dalam rekam medis pasien). Dokumen ini pada tahun 2015 belum dimiliki oleh Klinik X namun pada tahun 2018 sudah ada hanya belum disahkan, sehingga dalam indikator tersebut memperoleh skor 5 pada tahun 2018.

Indikator kedua yaitu Informasi rekam medis meliputi informasi yang dibutuhkan untuk kajian medis, kajian keperawatan, dan kajian lain yang diperlukan. Dalam indikator ini dibutuhkan dokumen berupa SOP kajian awal yang memuat informasi apa saja yang harus diperoleh selama proses pengkajian. Dokumen ini pada tahun 2015 belum dimiliki oleh Klinik X namun pada tahun 2018 sudah ada hanya belum disahkan, sehingga dalam indikator tersebut memperoleh skor 5 pada tahun 2018.

Indikator ketiga yaitu dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat waktu untuk melayani pasien. Dokumen yang dibutuhkan tidak disebutkan dalam indikator ini, namun dapat dibuktikan dengan notulensi rapat atau absensi pegawai. Pada tahun 2015 dan 2018 Klinik X selalu menggunakan notulen dan absensi saat rapat sehingga mendapatkan skor 10.

Hasil pencapaian skor elemen penilaian hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung-jawab terhadap pelayanan pasien pada tahun 2015 sebesar 33,3% dan tahun 2018 sebesar 66,7%, pencapaian masih termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Hasil penilaian terpenuhi sebagian berarti masih ada beberapa dokumen yang harus dipenuhi lagi seperti dokumen SK dan SOP kajian awal pasien. Dokumen yang ada di elemen penilaian tersebut harus dipenuhi agar skor akreditasi pada elemen penilaian ini menjadi maksimal atau terpenuhi.

Kriteria kedua yaitu ada kode baku klasifikasi diagnosis, kode prosedur, simbol, dan istilah yang dipakai. Maksud dan tujuan dari kriteria tersebut adalah standarisasi terminologi, definisi, kosakata dan penamaan memfasilitasi perbandingan data dan informasi di dalam maupun di luar klinik (klinik rujukan). Keseragaman penggunaan kode diagnosis dan kode prosedur atau tindakan mendukung pengumpulan dan analisis data. Singkatan dan simbol juga distandarisasi dan termasuk daftar "yang tidak boleh digunakan". Standarisasi tersebut sesuai dengan standar lokal dan nasional yang berlaku.

Elemen ini memiliki 4 indikator. Indikator pertama terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi lain yang konsisten dan sistematis. Dokumen yang dibutuhkan dalam indikator ini merupakan SK tentang standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang digunakan. Pada tahun 2015 dan 2018 SK telah dimiliki oleh Klinik X namun masih dalam bentuk *softfile*. Sehingga pada indikator ini memperoleh nilai 5.

Indikator kedua yaitu terdapat standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi yang disusun oleh klinik (minimal 10 besar penyakit). Dokumen yang dibutuhkan berupa standarisasi kode klasifikasi diagnosis dan terminologi di fasilitas pelayanan kesehatan. Pada tahun 2015 dan 2018 dokumen tersebut telah dimiliki oleh Klinik X. Penggunaan standarisasi penyakit ICD X sehingga mendapat skor 10.

Indikator ketiga yaitu dilakukan pembakuan singkatan-singkatan yang digunakan dalam pelayanan sesuai dengan standard nasional atau lokal. Dokumen yang dibutuhkan berupa pembakuan singkatan yang digunakan dan standar pelayanan rekam medis. Pada tahun 2015 dan 2018 dokumen tersebut telah dimiliki oleh Klinik X. Pembakuan singkatan telah dilaksanakan namun dokumen standar pelayanan masih dalam bentuk elektronik. Sehingga memperoleh nilai 10.

Indikator keempat yaitu ditetapkan kebijakan dan prosedur akses petugas terhadap informasi medis. Dokumen yang dibutuhkan berupa SK dan SPO tentang akses terhadap rekam medis. Berdasarkan hasil penilaian akreditasi pada tahun 2015 dokumen ini ada, namun pada tahun 2018 dokumen ini tidak ditemukan sehingga menyebabkan terjadi penurunan skor pada tahun 2015 mendapat skor 5, dan tahun 2018 mendapat skor 0.

Hasil pencapaian skor elemen penilaian ada pembakuan kode klasifikasi diagnosis, kode prosedur, simbol, dan istilah yang dipakai pada tahun 2015 sebesar 75% dan tahun 2018 sebesar 62,5%. Pencapaian ini masih termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Penurunan progres akreditasi pada elemen ini kemungkinan disebabkan karena adanya dokumen yang hilang. Oleh karena itu, diperlukan tim khusus untuk mempersiapkan akreditasi terutama pada unit rekam medis. Tim tersebut nantinya akan melakukan identifikasi kebutuhan dokumen sesuai elemen penilaian akreditasi. Dokumen yang belum ada harus segera dilengkapi sebelum pelaksanaan akreditasi.

Kriteria ketiga yaitu petugas memiliki akses informasi pasien sesuai dengan kebutuhan dan tanggungjawab pekerjaan. Maksud dan tujuan dari kriteria tersebut adalah berkas rekam medis pasien menjadisuatu sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga merupakan alat komunikasi yang penting. Informasi ini berguna untuk mendukung keberlanjutan perawatan pasien, maka perlu tersedia selama pelaksanaan asuhan pasien dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga selalu diperbarui (*up to date*). Kebijakan klinik mengidentifikasi petugas kesehatan mana saja yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien.

Bab III pada elemen penilaian akses terhadap rekam medis pada tahun 2015 terdapat dokumen SOP akses rekam medis namun pada tahun 2018 tidak ditemukan dokumen tersebut, dikarenakan dokumen hilang. Selain itu, mengenai sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis pada tahun 2015 belum terdapat beberapa dokumen SOP maupun standarisasi, sedangkan pada tahun 2018 telah terdapat dokumen mengenai identifikasi klasifikasi rekam medis yang dibedakan warna rekam medis pasien berdasarkan jenis pasien umum, mahasiswa, atau BPJS. Pemberian kode klasifikasi penyakit pada tahun 2018 telah menggunakan ICD-10 dan telah terdapat acuan dalam bentuk *softfile* yang belum disahkan. Progres kesiapan akreditasi unit rekam medis pada Bab III

menunjukkan adanya peningkatan dilihat dari telah dibuatnya beberapa dokumen pada tahun 2018.

Pada elemen penilaian petugas memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggungjawab pekerjaan, terdapat 3 indikator yang harus dipenuhi. Indikator pertama akses petugas terhadap informasi yang dibutuhkan dilaksanakan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab. Dokumen yang dibutuhkan ada, yaitu berupa SOP Akses informasi rekam medis sehingga pada tahun 2015 dan 2018 memperoleh skor sama yaitu 10. Indikator kedua yaitu akses petugas terhadap informasi dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur, dokumen yang dibutuhkan ada, dan telah dilaksanakan sesuai kebijakan dan prosedur. Sehingga pada tahun 2015 dan 2018 memperoleh skor sama yaitu 10. Indikator ketiga yaitu hak untuk mengakses informasi tersebut mempertimbangkan tingkat kerahasiaan dan keamanan informasi. Dokumen yang dibutuhkan tidak ada, hanya SOP mengenai kerahasiaan telah ada namun belum disahkan. Pada elemen penilaian telah dijelaskan bahwa dokumen yang dibutuhkan yaitu berupa SOP kerahasiaan rekam medis, pada saat *self assessment* SOP tersebut memang sudah ada dan cukup untuk menggantikan dokumen yang dibutuhkan. Sehingga pada tahun 2015 dan 2018 memperoleh skor sama yaitu 10.

Hasil pencapaian skor elemen penilaian petugas memiliki akses informasi sesuai dengan kebutuhan dan tanggungjawab pekerjaan pada tahun 2015 dan tahun 2018 sebesar 100%, pencapaian termasuk dalam kategori terpenuhi. Pada elemen penilaian ini semua indikator telah terpenuhi baik pada tahun 2015 dan 2018. Dokumen tersebut harus tetap dijaga keutuhannya sampai pelaksanaan akreditasi. Meskipun telah terpenuhi, tetap harus dilakukan peninjauan kembali terhadap dokumen yang ada. Jika perlu adanya pembaruan, bisa dilakukan pembaruan dokumen sesuai dengan SK yang ada.

Pada elemen penilaian adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis, terdapat 3 indikator. Indikator pertama yaitu klinik mempunyai rekam medis bagi setiap pasien dengan metode identifikasi yang baku. Dokumen yang dibutuhkan berupa SK pelayanan rekam medis dan metoda identifikasi. Pada tahun 2015 belum ada SK mengenai pelayanan rekam medis, namun pada tahun 2018 SK telah dibuat tinggal disahkan, sehingga pada tahun 2015 memperoleh skor 0 dan tahun 2018 memperoleh skor 5.

Indikator kedua yaitu sistem pengkodean, penyimpanan, dan dokumentasi memudahkan petugas untuk menemukan rekam pasien tepat waktu maupun untuk mencatat pelayanan yang diberikan kepada pasien. Dokumen yang dibutuhkan SK tentang sistem pengkodean, penyimpanan, dokumentasi rekam medis pada tahun 2015 belum ada SK mengenai pelayanan rekam medis, namun pada tahun 2018 SK telah dibuat tinggal disahkan. Pada tahun 2015 memperoleh skor 0 dan tahun 2018 memperoleh skor 5.

Indikator ketiga yaitu ada kebijakan dan prosedur penyimpanan berkas rekam medis dengan kejelasan masa retensi sesuai peraturan perundangan yang berlaku. Dokumen yang

dibutuhkan ada kebijakan dan prosedur penyimpanan berkas rekam medis dengan kejelasan masa retensi sesuai peraturan perundangan yang berlaku. SOP mengenai penyimpanan dan pemusnahan rekam medis belum ada pada tahun 2015, sedangkan SOP sudah ada pada tahun 2018 walaupun belum disahkan, sehingga pada tahun 2015 memperoleh skor 0 dan tahun 2018 memperoleh skor 5.

Hasil pencapaian skor elemen penilaian adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis pada tahun 2015 sebesar 0% dan tahun 2018 sebesar 50%. Pencapaian pada tahun 2015 tergolong belum terpenuhi, sedangkan tahun 2018 masih termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Pada tahun 2015 masih belum ada dokumen-dokumen yang sesuai dengan elemen penilaian akreditasi seperti SK dan SOP pada tahun 2018 beberapa SK dan SOP sudah ada namun belum disahkan. SOP yang telah dibuat masih dalam tahap revisi. Proses untuk memenuhi 50% lagi sedang dalam tahap penyusunan sehingga pada saat pelaksanaan akreditasi, dokumen sudah ada dan disahkan.

Pada elemen penilaian rekam medis berisi informasi yang memadai dan dijaga kerahasiaannya tentang identifikasi pasien, dokumentasi prosedur kajian, masalah, kemajuan pasien dan hasil asuhan, terdapat 3 indikator penilaian. Indikator pertama yaitu isi rekam medis mencakup diagnosis, pengobatan, hasil pengobatan, dan kontinuitas asuhan yang diberikan. Dokumen yang dibutuhkan berupa SK tentang isi rekam medis. Pada tahun 2015 belum ada SK mengenai isi rekam medis, namun pada tahun 2018 SK telah dibuat tinggal disahkan. Sehingga pada tahun 2015 memperoleh skor 0 dan tahun 2018 memperoleh skor 5.

Indikator kedua yaitu dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. Dokumen yang dibutuhkan SOP penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis, bukti pelaksanaan penilaian, hasil dan tindak lanjut penilaian. Pada tahun 2015 SOP ini belum ada, telah dibuat pada tahun 2018 namun belum disahkan sehingga memperoleh skor 0 pada tahun 2015 dan skor 10 pada tahun 2018.

Indikator ketiga yaitu tersedia prosedur menjaga kerahasiaan rekam medis. Dokumen yang dibutuhkan SOP Kerahasiaan rekam medis. Pada tahun 2015 SOP tersebut belum ada, namun pada tahun 2018 SOP mengenai kerahasiaan rekam medis tersebut telah dibuat dan belum disahkan sehingga pada tahun 2015 memperoleh skor 0 dan tahun 2018 memperoleh skor 10.

Hasil pencapaian skor elemen penilaian rekam berisi informasi yang memadai dan dijaga kerahasiaannya tentang identifikasi pasien, dokumentasi prosedur kajian, masalah, kemajuan pasien dan hasil asuhan pada tahun 2015 adalah sebesar 0% dan tahun 2018 sebesar 50%. Pencapaian ini masih termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Pada tahun 2015 masih belum ada dokumen-dokumen yang sesuai dengan elemen penilaian akreditasi seperti SK dan SOP. Pada tahun 2018 beberapa SK dan SOP sudah ada namun belum disahkan. SOP kerahasiaan rekam medis pasien yang telah dibuat masih dalam tahap

revisi. Proses untuk memenuhi 50% lagi sedang dalam tahap penyusunan sehingga pada saat pelaksanaan akreditasi, dokumen sudah ada dan disahkan.

Total skor pencapaian kesiapan akreditasi masih termasuk terpenuhi sebagian, beberapa prosedur rekam medis masih ada yang belum dilaksanakan sesuai dengan standarkriteria akreditasi unit rekam medis. Sedangkan mengenai dokumen, ada beberapa dokumen SOP dan SK yang belum ada sehingga juga masih termasuk dalam kategori terpenuhi sebagian. Pada elemen penilaian ke 4 dan ke 5 terjadi peningkatan yang signifikan dari 0% menjadi 50%, kemungkinan karena beberapa dokumen seperti SOP dan SK telah dibuat oleh klinik X. Jika dilihat secara keseluruhan perbandingan kesiapan pada tahun 2015 dan tahun 2018 dari segi dokumen dan pelaksanaan sudah terjadi peningkatan namun masih termasuk kategori terpenuhi sebagian dengan prediksi skor tahun 2015 sebesar 41,7% dan tahun 2018 sebesar 65,8%.

Kebijakan akreditasi mempengaruhi dalam pelaksanaan akreditasi. Pembuat kebijakan harus mensosialisasikan kebijakan akreditasi kepada pelayanan kesehatan yang akan melakukan akreditasi. Akreditasi meningkatkan kualitas pelayanan dan keterlibatan staf membantu meningkatkan hasil kualitas. Ulasan sistematis tentang akreditasi sektor kesehatan juga melaporkan peningkatan pengembangan profesional. Tantangan yang ada dalam hal sumber daya manusia yaitu beban kerja yang tinggi dan masalah kerja dalam akreditasi sebelumnya. Selanjutnya, tinjauan sistematis pada akreditasi sektor kesehatan menunjukkan bahwa biaya akreditasi tinggi untuk organisasi individu. Sedangkan studi lain menyimpulkan biaya yang dikeluarkan untuk berpartisipasi dalam akreditasi seharusnya dipandang sebagai investasi penting dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan (El-jardali et al., 2014).

SIMPULAN

Pencapaian progress kesiapan akreditasi unit rekam medis dengan prediksi skor tahun 2015 sebesar 41,7% dan tahun 2018 sebesar 65,8%. Peningkatan kesiapan akreditasi dapat ditunjukkan dengan adanya dokumen yang telah dibuat sesuai elemen penilaian akreditasi, namun *Standart Operational Procedure* (SOP) pelayanan dan kegiatan di Unit Rekam Medis Klinik X masih berupa dokumen rancangan dan belum disahkan oleh pimpinan Klinik X.

Pencapaian penilaian akreditasi belum maksimal dikarenakan hampir seluruh dari elemen penilaian yang belum dimiliki adalah ketersediaan dokumen pendukung. Dengan penilaian awal ini, maka masih dimungkinkan untuk melengkapi dokumen pendukung tersebut sehingga pencapaian skor persiapan akreditasi dapat meningkat. Perlu adanya monitoring evaluasi yang dilakukan (*self-assessment*) untuk mengetahui posisi dan ketercapaian klinik dalam menghadapi akreditasi.

Kesiapan unit rekam medis masih perlu ditingkatkan lagi dapat dilakukan dengan membuat

checklist kebutuhan dokumen akreditasi sesuai elemen penilaian. Kemudian, ditindaklanjuti dengan identifikasi kebutuhan dokumen dan identifikasi dokumen yang sudah dibuat, dokumen yang perlu direvisi, dan dokumen yang belum dibuat. Membentuk tim akreditasi khusus untuk melakukan persiapan akreditasi dapat membantu mempermudah melakukan identifikasi dan melengkapi dokumen sesuai dengan elemen penilaian akreditasi.

Klinik dapat melakukan beberapa hal dalam penyiapan dokumen akreditasi seperti membuat kerangka acuan terlebih dahulu. Kemudian menentukan metode yang akan digunakan, misalnya menggunakan metode angket atau metode wawancara. Selanjutnya adalah menganalisis instrumen dengan merekap hasil yang didapatkan sesuai dengan metode yang digunakan. Hal ini cukup efektif dalam pengerjaan dan pemenuhan dokumen serta memenuhi elemen penilaian sesuai dengan standar akreditasi yang ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeny, P. A., & Ernawaty. (2016). Kesiapan pusat layanan kesehatan (PLK) B Unair menghadapi akreditasi klinik pratama. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 4(2), 146–154.
- Dasilveira, R. (2002). International Accreditation Standards for Healthcare Organizations. *Mycological Research*, 106(11), 1323–1330. Retrieved from http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/page/uploads/kakovost/standardi/AACI_Set_of_Standards_for_Healthcare_organizations_V4.1_Final.pdf
- El-Jardali, F. et al. (2014) 'The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon', *BMC Health Services Research*, 14(86), pp. 1–10. Available at: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-86>.
- Haj-Ali, W., Karroum, L. B., Natafji, N., & Kassak, K. (2014). Exploring the relationship between accreditation and patient satisfaction – the case of selected Lebanese hospitals. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 341–346. <https://doi.org/https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.116>
- Kemenkes RI. (2014). *Pedoman penyusunan dokumen akreditasi*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.
- O'Beirne, M., Karen, Z., Sterling, P. D., Lait, J., Robertson, H. L., & Oelke, N. D. (2013). The status of accreditation in primary care. *Quality in Primary Care*, 21, 23–31.
- Pelayanan Kesehatan (2015) *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktek Mandiri Dokter, dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi*. Indonesia. Available at: http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK_No_46_ttg_Akreditasi_Puskesmas_Klinik_Pratama_Tempat_Praktik_Mandiri_Dokter_dan_Dokter_Gigi.pdf.
- Pujilestari, A., Darnoto, S. and Kurniawan NP, A. (2016) *Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Berdasarkan Unsur Manajemen 5m Di RSKIA Permata Bunda Yogyakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Shaw, C. D., Groene, O., Botje, D., & Sunol, R. (2014). The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals, 26(March), 100–107.
- Sjamsuhidajat. (2006). *Manual Rekam Medis*. (Sjamsuhidajat & S. Alwy, Eds.). Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.